

СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ –4 И –8 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РАННЕГО И ПОЗДНЕГО НАЧАЛА

У. И. Марусик

*Буковинский государственный медицинский университет,
г. Черновцы, Украина*

Недостаточная эффективность контролирующей терапии бронхиальной астмы (БА) у детей обусловлена, видимо, наличием различных фенотипов заболевания, которые, в частности, определяются различными сроками дебюта заболевания. Известно, что повышенное содержание интерлейкинов -4 и -8 косвенно отражает характер воспалительного процесса бронхов, понимание которого позволяет индивидуализировать контролируемую терапию и, таким образом, повысить её эффективность.

Цель: Оценить показатели содержания интерлейкинов -4 и -8 в сыворотке крови детей больных бронхиальной астмой раннего и позднего начала для повышения уровня контроля заболевания.

Материалы и методы. В условиях пульмонологического отделения Областной детской клинической больницы г. Черновцы комплексно в периоде ремиссии обследовано 50 детей школьного возраста, страдающих бронхиальной астмой. Распределение детей по группам сравнения осуществлялось с учётом возраста начала заболевания: у пациентов с дебютом БА в возрасте до 3 лет регистрировали астму раннего, а после 6 лет – позднего начала. По основным клиническим характеристикам сформированные группы были сопоставимы. Всем детям проводились иммунологические исследования крови II–III уровня, а также оценивали содержание интерлейкинов -4 и -8 (ИЛ-4, ИЛ-8) в сыворотке крови.

Результаты. В результате проведенного обследования выявлено, что у школьников с ранним началом БА отмечался несколько более высокий уровень интерлейкина -4 в сыворотке крови. Так, среднее содержание данного цитокина в сыворотке больных детей I группы составлял $15,8 \pm 28,4$ пг/мл, а второй – $12,8 \pm 8,5$ пг/мл ($P > 0,05$). В то же время, повышенный уровень ИЛ-4 в крови (более 3,6 пг/мл) определялся у 80 % пациентов с ранней астмой и 66 % детей второй группы ($P_{\text{ф}} > 0,05$). Среднее содержание ИЛ-8 в сыворотке крови обследованных детей составило: $6,5 \pm 2,6$ пг/мл и $8,9 \pm 5,3$ пг/мл ($P > 0,05$) соответственно. Повышенный уровень интерлейки-

на -8 в крови (более 7,6 пг/мл) определялся у 44 % пациентов с поздней астмой и 18 детей первой группы ($P > 0,05$).

Заключение. Таким образом, у большинства детей с ранним началом БА преобладают атопические, эозинофил-опосредствованные механизмы воспалительного процесса в бронхах, о чем, косвенно свидетельствует тенденция к более высокому содержанию интерлейкина -4, стимулирующего продукцию иммуноглобулина Е. У пациентов с астмой позднего начала отмечается повышенное содержание ИЛ – 8 в крови, что указывает на преобладание нейтрофильного характера местного воспаления в бронхах. Найденные во время исследования ассоциации необходимо учитывать при составлении индивидуального контролирующего лечения бронхиальной астмы у детей.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ДВГМУ

Т. В. Могила¹, А. Л. Югай¹, Е. В. Прохорец², А. А. Калита²

*Дальневосточный государственный медицинский университет
Минздрава России¹, Консультативно-диагностическая поликлиника
ДВГМУ², г. Хабаровск*

Синдром дисплазии соединительной ткани определяется как нозологически самостоятельный синдром полигенно-мультифакторной природы, проявляющийся внешними фенотипическими признаками соединительнотканной дисплазии в сочетании с диспластическими изменениями соединительной ткани и клинически значимой дисфункцией одного или нескольких органов [2].

Дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в последние годы привлекают все большее внимание врачей различных специальностей, так как проявления данной патологии носят системный характер. Раздел, посвященный данной проблеме, включен в состав Национальных клинических рекомендаций по кардиологии для ознакомления широких масс врачей с данной патологией [3]. Вместе с тем опыт показывает, что врачи первичного звена здравоохранения и студенты медуниверситета плохо знакомы с проявлениями данной патологии и методами ее выявления, хотя распространен-